

# 休職して収入が減少 してしまったら…

「生きる」を創る。  
Aflac

## あなたの生活はどう変わりますか？

働く人の**10人に1人**は、**1か月(31日)以上**の休職<sup>(※1)</sup>を経験しています。



(※1)有給休暇や欠勤などを含みます(産休・育休は含みません)

1か月以上休職した人のうち、**約7割**の人の**収入が減少**しています。

〔被用者保険加入者へのインターネット調査(2021年9月アフラック実施)〕

休職は、**身近なリスク**です。

もしものときも、今の生活を変えないように  
**休職時の収入減少**に備えましょう。

働くあなたを支える

### アフラックの 休職保険

### 3つの特長

#### 特長1

お給料のように  
**毎月受け取れる  
給付金**

病気やケガで休職(就労困難状態)が  
31日以上継続<sup>(※2)</sup>したとき、  
毎月給付金をお支払いします  
(※2)有給休暇の取得期間中も含みます

#### 特長2

**お手頃な  
保険料**

保険期間を1年とすることで、  
お手頃な保険料水準を実現!  
収入減少に備えたい期間だけ  
保障を準備できます  
(最長70歳まで)

#### 特長3

**わかりやすい  
支払条件**

勤務先による休職証明と  
医師による在宅療養の指示により  
給付金をお支払いします

この保険は、ご加入時に被用者保険の被保険者である場合に限りお申し込みいただけます  
(会社員の配偶者などの被扶養者や国民健康保険加入者はお申し込みいただけません)

▶ 保障内容は裏面をご覧ください。

## 保障イメージ

- 1型(精神疾患保障あり)
- 10万円コース(回復支援給付金月額10万円、精神疾患回復支援給付金月額10万円)
- 保険期間・保険料払込期間:1年

働くあなたを支える

## アフラックの 休職保険



- (※1) 就労困難状態の詳細については、「契約概要」などをご確認ください。
- (※2) 同一の就労困難状態について、12回限度(通算60回限度)
- (※3) 通算12回限度

ご希望により、給付金の月額を変更することもできます。

### 保険料例(団体(集団)取扱・月払)

| 男性     | 1型(精神疾患保障あり) |         | 2型(精神疾患保障なし) |         | 女性     | 1型(精神疾患保障あり) |         | 2型(精神疾患保障なし) |         |
|--------|--------------|---------|--------------|---------|--------|--------------|---------|--------------|---------|
|        | 5万円コース       | 10万円コース | 5万円コース       | 10万円コース |        | 5万円コース       | 10万円コース | 5万円コース       | 10万円コース |
| 20~24歳 | 945円         | 1,890円  | 745円         | 1,490円  | 20~24歳 | 1,190円       | 2,380円  | 945円         | 1,890円  |
| 30~34歳 | 1,015円       | 2,030円  | 820円         | 1,640円  | 30~34歳 | 1,285円       | 2,570円  | 1,060円       | 2,120円  |
| 40~44歳 | 1,125円       | 2,250円  | 940円         | 1,880円  | 40~44歳 | 1,385円       | 2,770円  | 1,195円       | 2,390円  |
| 50~54歳 | 1,535円       | 3,070円  | 1,345円       | 2,690円  | 50~54歳 | 1,600円       | 3,200円  | 1,430円       | 2,860円  |

- 保険期間・保険料払込期間:1年
- 1型(精神疾患保障あり)  
5万円コース:回復支援給付金月額/精神疾患回復支援給付金月額5万円  
10万円コース:回復支援給付金月額/精神疾患回復支援給付金月額10万円
- 2型(精神疾患保障なし)  
5万円コース:回復支援給付金月額5万円  
10万円コース:回復支援給付金月額10万円

「アフラックの休職保険」は1年ごとに保障が継続されます(アフラックが承諾した場合に限ります)。継続後の保険料は継続日現在の被保険者の満年齢・保険料率によって決まります。

●記載の保障内容・保険料は2022年3月22日現在のものです。●商品の詳細は「パンフレット」「契約概要」等をご覧ください。

### お問い合わせ、お申込みは

<募集代理店> (アフラックは代理店制度を採用しています)

<引受保険会社>

**Aflac アフラック**

〒163-0456 東京都新宿区西新宿2-1-1 新宿三井ビル  
URL <https://www.aflac.co.jp/>

契約内容の照会・各種お問い合わせ・ご相談ならびに苦情について  
コールセンター **0120-5555-95**

☎784697(00)NIK.22.02.30A(新) AFツール-2021-0251 1月19日

株式会社アイピージェイ京都支社  
京都市右京区西院平町2-5  
ライフプラザ西大路四条8F 8032号  
フリーダイヤル 0120-159-317

### 返信カード

取りまとめ先(提出先)

1 ご希望の内容に  をおつけください。

|       |                                     |                                  |
|-------|-------------------------------------|----------------------------------|
| ご希望商品 | <input type="checkbox"/> アフラックの休職保険 | <input type="checkbox"/> その他( )  |
| ご希望事項 | <input type="checkbox"/> 契約を希望する    | <input type="checkbox"/> 見積を希望する |
|       | <input type="checkbox"/> 詳しい資料が欲しい  | <input type="checkbox"/> 説明が聞きたい |

2 お客様の情報をご記入ください。(ご家族の方が希望される場合にも、ご本人の欄(太線枠)は必ずご記入ください)

|      |      |                  |  |   |
|------|------|------------------|--|---|
| 現住所  | フリガナ |                  |  |   |
|      | 〒    | —                | (都) (道)  | (府) (県)   |
|      |      | 自宅TEL( ) ( ) ( ) | 日中の連絡先( ) ( ) ( )                                    |   |
| ご本人様 | お名前  | フリガナ             | 性別   | 生年月日  |
|      | 様    |                  | <input type="radio"/> 男性<br><input type="radio"/> 女性 | 年 月 日   |
| ご家族様 | お名前  | フリガナ             | 性別   | 生年月日  |
|      | 様    |                  | <input type="radio"/> 男性<br><input type="radio"/> 女性 | 年 月 日   |
|      |      |                  | 続柄   | <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 親<br><input type="radio"/> その他( ) |

<個人情報の取扱いについて>募集代理店 宛 今回提供する個人情報の募集代理店における利用目的が、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・維持管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために募集代理店がその提携先であるアフラックに登録されている代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつき同意します。